

Gesundheitsbezogene Selbsthilfe: Förderverfahren der gesetzlichen Krankenkassen im Land Bremen;

Stand 01.01.2019

Allgemein

Zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen gehört es gemäß § 20 h Sozialgesetzbuch Fünft (SGB V) auch, Selbsthilfegruppen und – organisationen (z. B. Landesverbände) finanziell zu fördern. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt den entsprechenden Leitfaden zu den Grundsätzen und Inhalten der Förderung der Selbsthilfe und zur Verteilung der Fördermittel auf die verschiedenen Förderebenen. Außerdem verabschiedet er ein Verzeichnis der Krankheiten, bei denen eine Förderung zulässig ist. An diesen Regeln orientieren sich die Bremer Krankenkassen bei ihrer Förderung, die gemeinschaftlich und kassenartenübergreifend erfolgt.

Voraussetzung für eine mögliche Förderung durch die Krankenkassen ist immer ein Antrag der Selbsthilfegruppe/Organisation.

Anerkennung als Selbsthilfegruppe im Land Bremen

Die Bremer Krankenkassen sind zuständig für Gruppen/Organisationen, die ihren Tätigkeitsschwerpunkt bzw. als Verein ihren Sitz im Land Bremen haben. Die Prüfung, ob eine Gruppe als gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppe und damit förderfähig anerkannt werden kann, erfolgt gleichzeitig mit der ersten Antragstellung bei der zuständigen Krankenkasse, s. u. Eine gesonderte Beantragung ist also nicht erforderlich. **Wichtig:** Die Registrierung bei einer Selbsthilfe-Kontaktstelle (z. B. Bremerhavener Topf oder Netzwerk Selbsthilfe Bremen) oder beim Gesundheitsamt bedeutet nicht automatisch die Anerkennung als Selbsthilfegruppe nach § 20 h SGB V. Entscheidend ist auch nicht die Bezeichnung der Gruppe. Es kommt vielmehr darauf an, dass von genau bezeichneten Erkrankungen Betroffene ehrenamtlich anderen Betroffenen mit den gleichen Krankheitsbildern helfen. Die Aktivitäten der Gruppe dienen der gemeinsamen Bewältigung von Krankheiten, Krankheitsfolgen, Behinderungen und/oder psychischen Problemen, von denen die Mitglieder selber oder ihre Angehörigen betroffen sind.

Des Weiteren sollte die Gruppe **mindestens sechs Mitglieder** haben und bereits vor der Erstantragsstellung **mindestens sechs Monate** lang eine kontinuierliche Gruppenarbeit geleistet haben. Die Selbsthilfegruppe hat ein Gründungstreffen durchgeführt und ihre Existenz protokolliert („Gründungsprotokoll“).

Antragstellung

Zur Beschleunigung der Abläufe haben sich die Krankenkassen im Land Bremen darauf verständigt, die Zuständigkeit für die Antragsbearbeitung nach Postleitzahlen zu regeln. Welche Kasse für Ihre Selbsthilfegruppe zuständig ist, können Sie der Übersicht entnehmen, die Teil der Antragsformulare ist (s. u.). Bitte orientieren Sie sich dabei an der Postleitzahl Ihrer offiziellen Postanschrift, unter der also Post die Gruppe auch sicher erreicht.

Bitte beachten Sie, dass Anträge immer von zwei Befugten der Gruppe unterschrieben werden müssen („Vier-Augen-Prinzip“).

Möglichkeiten der Förderung

Ganz allgemein wird unterschieden zwischen „Pauschalförderung“ und „Projektförderung“.

Pauschalförderung

Pauschalförderung können Gruppen für ihre laufenden Kosten (z. B. Miete, Internet, Büromaterial, Porto, Anschaffung von Info-Material, geplante Ersatzbeschaffung von Büroausstattung wie PC, Laptop, Drucker) beantragen.

Bis zu einer jährlichen Gesamtförderhöhe von **bis zu 500 EUR** gilt ein vereinfachtes Antragsverfahren. Bei einem Geldbedarf von **mehr als 500 EUR** ist eine ausführliche Kalkulation erforderlich. Näheres dazu findet sich im Antragsformular, s. u.

Es gibt zwei Vergaberunden im Jahr, nämlich im Frühjahr und im Herbst.

Dafür existieren folgende Antragsfristen:

Frühjahr	15. Februar	(Hauptvergaberunde)
Herbst	15. September	(Vergabe Restmittel)

Zeitnah nach Ende der jeweiligen Abgabefrist treffen sich die Vertreter der Krankenkassen und die legitimierten Vertreter der Selbsthilfe (z. B. des Bremerhavener Topf und des Netzwerk Bremen) und beraten über die Anträge. Die Entscheidung über die Vergabe der Mittel erfolgt einvernehmlich. Über das Ergebnis (d. h. über den bewilligten Betrag oder gegebenenfalls eine Ablehnung) werden die Antragsteller schriftlich (durch die IKK gesund plus) informiert. Parallel dazu erfolgt die Überweisung der bewilligten Förderbeträge (durch den BKK-Landesverband Mitte). Die erste (und wichtigste) Vergaberunde ist in der Regel immer bis zum 31. März abgeschlossen.

Sollte schon bei der Antragstellung ersichtlich sein, dass die Fördervoraussetzungen nicht erfüllt sind (z. B. weil es sich nicht um eine gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppe handelt), kann die Ablehnung durch die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände u. U. auch schon vor der Vergaberunde erfolgen.

Erneuter Antrag auf Pauschalförderung im Folgejahr

Voraussetzung für jede weitere Förderung ist Ihre schriftliche Bestätigung, dass die zuletzt erhaltenen Pauschalmittel von Ihnen ordnungsgemäß verwendet wurden. Dazu dient der so genannte Verwendungsnachweis. Hier ist wie folgt zu unterscheiden:

Erhielt man zuletzt maximal **bis zu 500 EUR** Pauschalförderung, ist es ausreichend, wenn das Nachweisformular (Teil des Antrags) ausgefüllt, unterschrieben und dem neuen Antrag beigelegt wird.

Erhielt die Gruppe **mehr als 500 EUR** Pauschalförderung, so sind neben dem Formblatt auch ein regelhafter Verwendungsnachweis (summarische Auflistung der Einnahmen und Ausgaben) sowie ein Tätigkeitsbericht erforderlich und dem Antrag beigelegen.

Projektförderung

Benötigt eine Gruppe unterjährig z. B. einen kurzfristigen Ersatz für einen defekten Drucker, möchte sie an einem Seminar oder Kongress teilnehmen, selber eine Info-Veranstaltung oder einen Workshop durchführen oder Flyer drucken, so kann sie hierfür Projektförderung beantragen.

Ein Projekt zeichnet sich grundsätzlich dadurch aus, dass es zeitlich begrenzt ist, also einen Beginn und ein Ende hat. **Für die Antragstellung gibt es keine Fristen**, sie muss aber natürlich **rechtzeitig vor Durchführung des Projekts** erfolgen. Nachträglich dürfen Projekte nicht bewilligt werden.

Dem Antrag müssen eine ausführliche Projektbeschreibung und eine Kostenkalkulation (z. B. durch Kostenvoranschläge) beigelegt werden. Ein Eigenanteil der Gruppe ist obligatorisch.

Die Antragstellung erfolgt wie bei den Pauschalanträgen bei der für die Postleitzahl zuständigen Krankenkasse. Diese stimmt den Antrag zeitnah mit den anderen Kassen ab und informiert schriftlich über das Ergebnis bzw. die bewilligte Summe.

Grundsätzlich wird das bewilligte Geld immer **im Nachhinein gezahlt**, wenn nach Durchführung des Projekts von der Gruppe eine Abrechnung mit Kopien der Rechnungen sowie ein Projektbericht eingereicht werden. In Ausnahmefällen können auf Antrag der Gruppe aber auch bis zu max. 50 % des Betrags als Vorschuss gewährt werden. Sollten im Übrigen die tatsächlichen Kosten niedriger als die Antragssumme und/oder der bewilligte Betrag ausfallen, ist der Kassenzuschuss – unter Berücksichtigung des von der Gruppe zu erbringenden Eigenanteils – entsprechend zu kürzen. Es kommt also nicht automatisch immer zur Auszahlung des vollen Zuschusses.

Die Abrechnungsunterlagen sind von den Gruppen bitte **bis spätestens 15.12. des Jahres**, in dem das Projekt abgeschlossen wird, einzureichen. Muss ein Projekt aus wichtigem Anlass in das nächste Förderjahr verschoben werden, kann der bereits zugesagte Zuschuss möglicherweise ebenfalls auf das nächste Jahr übertragen werden; dies sollte rechtzeitig mit der zuständigen Krankenkasse abgesprochen werden, da sonst eine neue Antragstellung erforderlich wird.

Die Abrechnung besteht aus a) einer Belegliste (die ab 2019 stets von zwei Gruppenvertretern zu unterschreiben ist), b) einem Projektbericht und c) Kopien der Rechnungen.

Die Originalbelege sind von den Gruppen sechs Jahre für etwaige Prüfzwecke aufzubewahren. Diese Aufbewahrungsfrist gilt auch für die Pauschalförderung.

Nicht förderfähig nach § 20 h SGB V sind z. B.:

- reine Präventions- und Sportkurse
- Reha- und Funktionssport
- Freizeitangebote
- Verpflegungskosten (z. B. bei einer Hotelübernachtung, würden auch privat anfallen)

Wichtig: Die Ablehnung einer Förderung nach § 20 h SGB V bedeutet, dass die Kassen den Antragsteller nicht aus den Mitteln der Selbsthilfeförderung unterstützen dürfen. Dies ist aber ausdrücklich keine Bewertung der Arbeit, des Krankheitsbildes oder der Intention einer Gruppe.

Abgrenzung zu den Leistungen der Pflegeversicherung (Sozialgesetzbuch XI)

Angebote der Selbsthilfe können (zusätzlich) auch aus den Mitteln der Pflegeversicherung unterstützt werden, wenn sie sich an Pflegebedürftige, an Menschen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf (Einschränkung der Alltagskompetenz) oder auch deren Angehörige wenden (§ 45 d SGB XI). Lassen Sie sich hierzu bitte gesondert von den Selbsthilfe-Kontaktstellen „Bremerhavener Topf“ bzw. „Netzwerk Selbsthilfe Bremen“ beraten.